

常州市人力资源和社会保障局

常州市财政局文件

常州市卫生局

常人社发〔2014〕280号

关于印发《常州市生育保险生育医疗费用 结算办法》的通知

各有关单位：

为加强生育医疗费用的管理，根据《市政府办公室关于实施〈江苏省职工生育保险规定〉的通知》（常政办发〔2014〕145号）精神，市人社局、财政局、卫生局联合制定了《常州市生育保险生育医疗费用结算办法》。现印发给你们，自10月1日起执行。

《常州市生育保险生育医疗费用结算办法》（常人社规〔2011〕7号）和《关于调整常州市市本级定点医疗机构生育医

疗费用结算标准的通知》（常人社发〔2013〕191号）同时废止。

- 附件：1. 常州市生育保险生育医疗费用结算办法
2. 定点医疗机构生育医疗费用结算标准

常州市人力资源和社会保障局



常州市财政局



常州市卫生局
2014年12月23日



附件 1

常州市生育保险生育医疗费用结算办法

第一条 为保障参保人员基本生育医疗需求，合理控制生育医疗费用，提高生育保险基金使用效率，根据《市政府办公室关于实施<江苏省职工生育保险规定>的通知》（常政办发〔2014〕145号）等规定，制定本办法。

第二条 生育医疗费用包括生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，结算范围限符合生育保险规定的药品、诊疗项目和医疗设施服务范围。

第三条 生育医疗费用的结算方式包括直接结算和零星报销结算。直接结算是指医疗保险经办机构（以下简称“医保经办机构”）、生育保险定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）、参保人员三方按照一定规则结算生育医疗费用；零星报销结算是指参保人员垫付相关生育医疗费用后，医保经办机构按照一定规则与其结算生育医疗费用。

第四条 参保人员持社会保障卡或医保 IC 卡在定点医疗机构就医，方可享受直接结算的生育医疗待遇。

第五条 参保人员发生符合规定的产前检查医疗费用，由医保经办机构按限额标准予以补偿。

参保人员发生符合规定的生育医疗费用，其中应由生育保险基金支付部分，按分娩方式、手术类型和就诊定点医疗机构级别，

设定相应结算定额（见附件2），定点医疗机构记帐后，由医保经办机构按定额标准结算。对超规定范围和超限额应由个人按比例支付部分的费用，由参保人员承担；如仍有未结算到的费用，除特殊情形外，原则上由定点医疗机构承担。

参保人员在分娩住院期间，因诊治子痫、妊娠期肝内胆汁淤积症、羊水栓塞、产后出血、产后急性肾功能衰竭、弥散性血管内凝血、产褥感染等由生育引起的疾病，发生的符合规定的住院医疗费用，除按规定应由参保人员承担的费用外，由医保经办机构暂按项目进行结算。

第六条 参保人员因病情确需市内转诊转院的，须经转出定点医疗机构办理相关审批手续，并向医保经办机构登记备案，且转入医疗机构必须为定点医疗机构。在转出定点医疗机构已发生费用个人现金垫付后，由参保单位凭《常州市生育保险转院申请单》及相关资料到医保经办机构按规定一并报销生育相关待遇。在转入医院发生的生育医疗费用参保人员直接刷卡结算，医保经办机构对转入定点医疗机构按本办法第五条规定结算。

参保人员因病情需要转往市外，经我市有市外转院权限的定点医疗机构办理相关审批手续，并向医保经办机构登记备案后，方可转往外地就医。在转出、转入定点医疗机构发生的医疗费用个人现金垫付后，由参保单位凭《常州市生育保险转院申请单》及相关资料到医保中心按规定一并报销生育相关待遇。

第七条 对定点医疗机构已作记帐处理的生育医疗费用，经医保经办机构审核确认后，按照应结算费用的95%按月结付，其

余 5%根据年度考核等情况按规定予以结付。

第八条 对参保人员发生符合规定的可零星报销结算的住院分娩期间的医疗费用，由医保经办机构按规定报销。对参保人员发生符合规定的可零星报销结算的因生育引起的流（引）产医疗费用及计划生育的医疗费用，按照定点医疗机构生育医疗费用结算标准（见附件 2），由医保经办机构按手术类型、医疗机构级别，在不超过定额标准范围内予以报销。

第九条 定点医疗机构应认真履行生育保险医疗服务协议约定，核对参保人员身份，规范医疗服务行为，控制自费项目的使用，履行自费项目书面告知义务，确保参保人员生育医疗费用数据上传及时、准确和规范。

定点医疗机构上传的生育医疗费用中自费比例过高，且明显超出正常范围的，医保经办机构在结算时，可对超比例部分费用在应由生育保险基金支付部分费用中扣除。

第十条 医保经办机构应通过对生育医疗费用上传数据的实时监控、实地稽查等方式，做好生育医疗费用的审核工作，加强对定点医疗机构和参保人员生育医疗费用的监管。

第十一条 市人力资源社会保障部门可视实际情况，会同市财政、卫生等部门，适时调整生育医疗费用结算办法。

第十二条 金坛市、溧阳市和武进区可按照本办法的规定，在遵循生育保险市级统筹的原则、框架下，制定相应实施细则。

第十三条 本办法自 2014 年 10 月 1 日起施行。

附件 2

定点医疗机构生育医疗费用结算标准

单位：元

序号	项目名称	生育保险基金结算标准		
		一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
1	顺产（包括手法助产）	1800	2800	3200
2	助娩产（包括产钳助产、胎头吸引、臀位助产、臀位牵引）、无痛分娩	2100	3100	3800
3	剖宫产	3400	4500	5100
4	妊娠不足 3 个月流产	500		
5	妊娠 3 个月以上，不足 7 个月流（引）产	1500	2400	3000
6	妊娠 7 个月以上引产	1800	2800	3200
7	放置宫内节育器	450		
8	取出宫内节育器	200		
9	绝育手术	2000		
10	复通手术	2000		

注：1. 以上各类结算定额标准，含文件中未列举的因生育引起的疾病发生的医疗费用、因实施计划生育手术引起的并发症的医疗费用以及剖宫产术中合并附件手术或腹腔其他脏器手术等诊疗项目。

2. 妊娠不足 3 个月的参保人员，因生殖器畸形、反复多次人流等特殊情况需住院实施流产手术的，按“妊娠 3 个月以上，不足 7 个月流（引）产”标准予以结报。

